

Journal für
Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

**"Betablocker auf dem Weg ins
neue Jahrtausend";
Satellitensymposium bei der
Jahrestagung 2001 der
Österreichischen
Kardiologischen Gesellschaft
Linz, 24. Mai 2001**

Betablocker bei Herzinsuffizienz

Fruhwald FM

*Journal für Kardiologie - Austrian Journal
of Cardiology 2001; 8 (Supplementum B), 7-8*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

www.kup.at/kardiologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

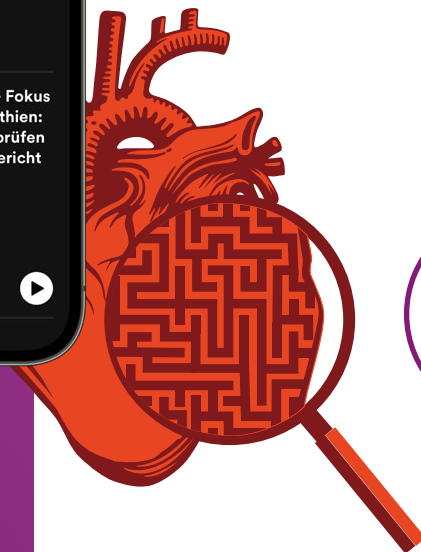


Der Podcast für Kardiolog*innen

MEIN KNIFFLIGSTER FALL

Fokus seltene Kardiomyopathien

Außergewöhnliche und spannende kardiologische Fälle aus dem klinischen Alltag erzählt und diskutiert von Expert*innen.



Jetzt anhören
& gleich folgen



www.pfi.sr/SKq

Pfizermed.at

Das Serviceportal für medizinische Fachkreise

www.pfizer.at

Pfizer Corporation Austria GmbH, Wien
PP-UNP-AUT-0503/02.2024



BETABLOCKER BEI HERZINSUFFIZIENZ

Beta-blockers in heart failure

Summary

Beta-blockers and ACE-inhibitors are cornerstones in the treatment of chronic heart failure. In the year 2000 we learned that beta-blockade is safe in patients with severe heart failure (NYHA-class III and recompensated NYHA-class IV). In

2001 we learned that despite modern infarct management and post-infarct therapy the addition of a beta-blocker improves prognosis in these patients. Therefore, there is currently no reason why a stable patient should not get a beta-blocking agent.

effektiv bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung angewendet werden kann. Patienten im NYHA-Stadium III sowie solche mit durchgemachter kardialer Dekompensation (St.p. NYHA IV) hatten unter Carvedilol-Therapie eine wesentlich bessere Prognose, sodaß diese Studie vorzeitig abgebrochen werden mußte [6]. COPERNICUS zeigte uns auch, daß gerade bei schweren Formen der Herzinsuffizienz die Anfangsdosis vorsichtig gewählt werden und vor allem die Dosistitration langsam vonstatten gehen soll.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Betablocker sind neben den ACE-Hemmern zu einer tragenden Säule in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz geworden. Das Jahr 2000 brachte uns die Erweiterung der Indikation auf die schwere Herzinsuffizienz (NYHA III, St.p. NYHA IV). Das Jahr 2001 zeigte uns, daß auch Patienten mit modernem Infarktmanagement und Postinfarkttherapie von der zusätzlichen Betablockade profitieren, sodaß ein Betablocker letztendlich keinem stabilen Patienten mehr vorenthalten werden sollte.

Das Jahr 2000 sowie das Jahr 2001 brachten uns eine wesentliche Erweiterung unseres Wissens über den Einsatz von Betablockern bei Herzinsuffizienz.

WAS WAR BISHER GESICHERT?

Aufgrund der oben erwähnten Studien mit Bisoprolol, Carvedilol und Metoprolol konnte man bisher davon ausgehen, daß Patienten mit einer eingeschränkten linksventrikulären Funktion (meist definiert als LV-EF < 40 %) und bereits eingeleiteter ACE-Hemmertherapie von einer Betablockertherapie profitieren würden. Alle untersuchten Betablocker waren in der Lage, die Mortalität und die Morbidität zu reduzieren. Besonders effektiv waren sie im Hinblick auf das Fortschreiten der Herzinsuffizienz hin zum progredienten Pumpversagen sowie in der Reduktion des plötzlichen Herztodes. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Forderung, daß der Patient mit seiner Symptomatik stabil sein sollte. Am besten untersucht waren bisher die NYHA-Klassen II und III.

EFFEKT BEI ASYMPTOMATISCHER LV-DYSFUNKTION

Die letzte zu untersuchende Gruppe waren somit die Patienten im NYHA-Stadium I, also asymptotische Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion. Beim Kongreß des American College of Cardiology 2001 wurde die CAPRICORN-Studie vorgestellt, die sich dieser Frage widmete.

Erstmals seit flächendeckender Anwendung der Thrombolyse und seit Einsatz der ACE-Hemmer in der Postinfarkttherapie wurde ein Betablocker studienmäßig untersucht. Auch bei dieser Studie zeigte sich, daß zusätzlich zur modernen Infarkt- und Postinfarkttherapie die Gabe von Carvedilol die Mortalität zu senken vermag [7].

EINLEITUNG

Nach den ACE-Hemmern sind die Betablocker der nächste Quantensprung in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz.

Nach den ersten ermutigenden, jedoch nicht eindeutig positiven Studien MDC [1] und CIBIS [2] kam der große Durchbruch der Betablocker mit den drei „Landmark“-Studien US-Carvedilol [3], CIBIS II [4] und MERIT [5], in denen der unzweifelhafte Nachweis erbracht wurde, daß Betablocker bei Herzinsuffizienz die Prognose positiv beeinflussen. Insbesondere hinsichtlich der Ätiologie (ischämisch oder nichtischämisch) besteht kein wesentlicher Unterschied in der positiven Wirkung.

ERWEITERUNG DER INDIKATION AUF SCHWERE HERZINSUFFIZIENZ

Das Jahr 2000 brachte uns mit der COPERNICUS-Studie den Beweis, daß Carvedilol sicher und vor allem

WIE SIEHT DER PATIENT AUS, DER AM EHESTEN VON EINER BETABLOCKERTHERAPIE PROFITIERT?

Aufgrund des derzeitigen Wissensstandes gibt es in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz keine

Patientengruppe mehr, die nicht von einem Betablocker profitieren würde. Unter der Basistherapie mit einem ACE-Hemmer profitieren alle Schweregrade (NYHA I–III, St.p. NYHA IV) von der zusätzlichen Therapie mittels Betablocker.

Ein zusätzlicher Parameter, der hilfreich sein kann, ist die Ruheherzfrequenz: Je höher der Ruhepuls, desto eher kann mit einem Erfolg gerechnet werden, umso größer können aber auch die Probleme bei der Therapieeinleitung sein.

GIBT ES (NOCH) KONTRAINDIKATIONEN GEGEN DIE BETABLOCKERTHERAPIE BEI HERZINSUFFIZIENZ?

Nach heutigem Wissensstand zählen vor allem die schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung (FEV1 < 40 % des Sollwertes) sowie ein instabiler, katecholaminpflichtiger Patient zu den Kontraindikationen. In allen anderen Fällen sollte zumindest versucht werden, ob eine Betablockade bei chronischer Herzinsuffizienz toleriert wird.

BISOPROLOL BEI HERZINSUFFIZIENZ IN DER TÄGLICHEN PRAXIS ANHAND EINER ANWENDUNGSBEOBACHTUNG

Ein immer wieder geäußertes Kritikpunkt an klinischen Studien ist die fehlende Umlegbarkeit auf den klinischen Alltag. In Zusammenarbeit mit der Fa. Merck, Wien, haben wir in einer großangelegten Anwendungsbeobachtung (1011 Patienten) erho-

ben, wie sich Fachärzte für Innere Medizin verhalten, wenn sie Patienten mit stabiler Herzinsuffizienz auf einen Betablocker (in diesem Fall Bisoprolol) einstellen. Es wurden den 177 teilnehmenden Internisten/-innen keine starren Vorgaben für die Dositration gemacht, wohl aber wurde eine Titrationsempfehlung ausgegeben, die sich an CIBIS II orientierte.

Es zeigte sich, daß nach additiver Gabe des Betablockers Bisoprolol in 70 % keine Änderung der Begleittherapie nötig war. Im täglichen Leben führte die Gabe von Bisoprolol zu einer Verbesserung der NYHA-Klasse und der von den Patienten anhand eines Fragebogens erhobenen Lebensqualität. Als Ausdruck einer effizienten Betablockade kam es zu einem signifikanten Abfall sowohl des mittleren systolischen als auch des mittleren diastolischen Blutdrucks und der Herzfrequenz gegenüber den Ausgangswerten. Wirksamkeit und Verträglichkeit wurden von den Ärzten in über 90 % als sehr gut oder gut beurteilt.

Trotz aller Limitationen einer Anwendungsbeobachtung liefert diese Untersuchung doch Hinweise darauf, daß das Übertragen von Beobachtungen aus klinischen Studien in den Praxisalltag besonders bei den Betablockern sehr gut funktioniert.

KONKLUSION

Die Betablockertherapie bei chronischer Herzinsuffizienz sollte aufgrund der konsistent positiven Datenlage auf jeden Fall bei stabilen Patienten mit bereits eingeleiteter ACE-Hemmertherapie angestrebt werden. Die Erweiterung der Indikation auf asymptomatische LV-Dysfunktion sowie auf schwere Formen der Herzinsuffizienz macht nun

diese Therapie allen Schweregraden der Herzinsuffizienz zugänglich.

Maßgeblich für den Erfolg ist der Beginn mit niedrigen Dosen und die langsame Steigerung der Dosis sowie Geduld: Der Mortalitätsbenefit zeigt sich frühestens nach 3 Monaten Therapie.

Literatur:

1. Wagstein F, Bristow MR, Swedberg K, Camerini F, Fowler MB, Silver MA, Gilbert EM, Johnson MR, Goss FG, Hjalmarson A, for the MDC Trial Study Group. Beneficial effects of metoprolol in idiopathic dilated cardiomyopathy. *Lancet* 1993; 342: 1441–6.
2. CIBIS Investigators and Committees. A randomized trial of β -blockade in heart failure: the Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS). *Circulation* 1994; 90: 1765–73.
3. Packer M, Bristow MR, Cohn JN, Colucci WS, Fowler MB, Gilbert EM, Shusterman NH, for the US Carvedilol Heart Failure Study Group. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med* 1996; 334: 1349–55.
4. CIBIS II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS II): a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 9–13.
5. MERIT-HF Study Group. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: metoprolol CR/XL randomised intervention trial in congestive heart failure (MERIT-HF). *Lancet* 1999; 353: 2001–7.
6. Packer M. The COPERNICUS-Study. European Society of Cardiology-Meeting, Amsterdam, 2000.
7. Dargie HJ. The CAPRICORN-Study. American College of Cardiology-Meeting, Orlando, 2001.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof.

Dr. med. Friedrich M. Fruhwald
Abteilung für Kardiologie
Medizinische Universitätsklinik
8036 Graz, Auenbruggerplatz 15
E-Mail: friedrich.fruhwald@kfunigraz.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

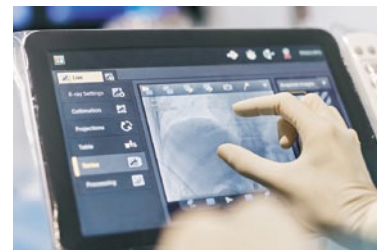
[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)